

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

325

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean LEBLANC

Né le 12 juin 1914, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Présentée et soutenue publiquement le 19. NOV. 1942..... 19 ..

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE
DÉSENSIBILISATRICE
EN DERMATOLOGIE

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **LEBLANC,**

Prénom : **Jean.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

LEBLANC (Jean). — L'autosé-
rothérapie désensibilisatrice
en dermatologie. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,
79 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

LEBLANC (Jean). — L'autosé-
rothérapie désensibilisatrice
en dermatologie. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,
79 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

LEBLANC (Jean). — L'autosé-
rothérapie désensibilisatrice
en dermatologie. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,
79 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

LEBLANC (Jean). — L'autosé-
rothérapie désensibilisatrice
en dermatologie. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1942, in-8°,
79 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean LEBLANC

Né le 12 Juin 1914, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE
DÉSENSIBILISATRICE
EN DERMATOLOGIE

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

P A R I S

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale	CATHALA.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	Robert DEBRE.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	MONDOR.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	LEVEUE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	BROCC.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	NATHUET.
Clinique chirurgicale orthopédique	DONZELOT.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	BOGNON.
	GROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirur-	HAGUENAU	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
BARIETY	Pathologie	médi-	LACOMME	Obstétrique.	
	cale.		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médi-	LAVIER	— Parasitologie.	
	cale.		LELONG	Pathologie	médi-
BESANÇON Justin.	Hydrologie.			cale.	
BONNET	Bactériologie		LEMAIRE	Pathologie	expéri-
BOULIN	Pathologie	médi-		mentale.	
	cale.		LENEGRE	— Pathologie	médi-
BROUET	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
BULLIARD	Histologie.		MARCHAL	Pathologie	médi-
CACHERA	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		MENEGAUX	Pathologie	chirur-
CORDIER	Anatomie.			gicale.	
COSTE	Pathologie	médi-	MOLLARET	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médi-
DELARUE	Anatomie	patholo-		cale.	
	gique.		PATEL	Pathologie	chirur-
DELAY	Pathologie	médi-		gicale.	
	cale.		PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirur-
DESGREZ (H.)	Physique.			gicale.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RENARD	Ophtalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SENEQUE	Pathologie	chirur-
FÈVRE	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SICARD	Pathologie	chirur-
FUNCK-PRENTANO	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SOULIE	Pathologie	médi-
GALLIARD	Parasitologie.			cale.	
GARCIN	Pathologie	médi-	SUREAU	Obstétrique.	
	cale.		TURPIN	Pathologie	médi-
Mlle GAUTHIER-	Anatomie	patholo-		cale.	
VILLARS	gique.		WILMOTH	gicale.	
	cale.			Pathologie	chirur-
DE GENNES	Pathologie	médi-			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie
	chirur-		Patholo-
	gicale.		gique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	— Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
	chirur-	VAUDESCAL	Obstétrique.
	gicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
Il... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

A qui je dois tout.

En témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de Clinique Dermatologique
Officier de la Légion d'Honneur

*En hommage respectueux
pour le grand honneur qu'il a
bien voulu nous faire en accep-
tant de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré cette thèse.

*En témoignage de notre vive
gratitude et de notre profond
et respectueux attachement,
pour les conseils éclairés et la
paternelle bienveillance dont il
nous a entouré pendant les
deux années que nous avons
passées dans son service.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de Médecine Légale
Officier de la Légion d'Honneur

Son enseignement remarquable nous a permis de nous familiariser avec les maladies professionnelles et la médecine légale.

Qu'il soit assuré de notre profond et respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ PIEDELIEVRE

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHON

Assistant de Consultation à l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Avec tous nos remerciements
pour l'aide efficace qu'il nous a
apportée dans l'élaboration de
cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO.

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR BRESCHOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CHABROL.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.

A MES EXCELLENTS AMIS

MESSIEURS LES DOCTEURS :

AUDOLY, BASSET, BEMELMANS, CARDON,

FRANÇOIS FLANDIN ET HERNANDEZ

A TOUS MES AMIS

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE DÉSENSIBILISATRICE EN DERMATOLOGIE

INTRODUCTION

Cette thèse, nous fut suggérée par notre Maître, Monsieur le Docteur FLANDIN, chez qui nous venons de terminer, nos deux dernières années d'études médicales. Ce ne fut pas sans une certaine appréhension que nous franchîmes pour la première fois le seuil de son service; en effet la dermatologie nous était toujours apparue comme une science austère et ingrate; aussi fûmes-nous agréablement surpris de voir avec quelle simplicité, quelle clarté et quelle bonne humeur, Monsieur le Docteur FLANDIN sut guider nos premiers pas dans l'étude de cette branche de la médecine.

Les jours passèrent, et notre aversion primitive pour la dermatologie se transforma peu à peu dans le désir de connaître et de comprendre les principales affections cutanées que nous vîmes défiler devant nos yeux. Ce désir put se réaliser, grâce aux conseils éclairés et à la paternelle bienveillance dont nous entoura Monsieur le Docteur FLANDIN.

Nous fûmes frappés dès le début, par le nombre important de dermatoses par sensibilisation que nous eûmes l'occasion d'examiner tant au dispensaire Hil-lairet que dans les sables. Ce furent surtout des urticaire, des prurits, des eczémas, des dermites professionnelles, le nombre de ces dernières s'accroissant rapidement depuis quelque temps, surtout depuis l'emploi des produits de remplacement. Bien souvent tout l'arsenal de la thérapeutique moderne fut employé en vain pour venir à bout de ces dermatoses et nous pûmes constater les excellents résultats observés dans certains cas, par la pratique de l'autosérothérapie désensibilisatrice, méthode de MM. ACHARD et FLANDIN.

Nous connaissions déjà l'emploi de l'autohémothérapie et de l'autosérothérapie en dermatologie dans le but de créer un choc. En effet l'injection du sang, retiré par ponction veineuse, dans les muscles de la fesse produit presque toujours chez le sujet, des modifications du milieu humoral analogues aux résultats constatés dans le choc anaphylactique; de même l'injection intraveineuse ou sous cutanée de hautes doses d'autosérum parvenait au même résultat.

Il en est tout autrement avec la méthode préconisée par MM. ACHARD et FLANDIN. En effet ces auteurs ont pu montrer l'existence dans le sérum de malades atteints d'urticaire, d'eczéma, de propriétés autotoxiques; de là découle l'idée de désensibiliser le ma-

lade à ces produits toxiques par une vaccination analogue à celle employée par BESREDKA dans la maladie sérique.

Dans les pages qui vont suivre, nous nous proposons de traiter de la sensibilisation ainsi que des méthodes employées pour obtenir la désensibilisation ; à savoir chronologiquement l'autosérothérapie intraveineuse, l'autohémothérapie pour arriver enfin à l'autosérothérapie désensibilisatrice sous cutanée et intradermique. Nous terminerons enfin en étudiant l'association et l'alternance des autres thérapeutiques de désensibilisation.

Pour comprendre, les phénomènes de sensibilisation il faut remonter aux travaux faits depuis le début de ce siècle sur la pathologie humorale.

L'anaphylaxie découverte par RICHET est le pivot autour duquel évoluent les conceptions modernes sur la sensibilité. En 1902 RICHET avait démontré avec PORTIER que l'injection ou l'ingestion de certaines substances dans l'organisme, produit un état d'hyper-sensibilisation sans aucun trouble apparent, si chez un individu dans un état semblable, on injecte après un certain délai, une dose infime de cette même substance, on déclenche brusquement des accidents graves, qui peuvent parfois être mortels, et dont l'ensemble réalise le choc anaphylactique.

MAGENDIE, en 1839 avait observé que des lapins qui supportaient sans aucun trouble une première injection d'albumine, ne pouvaient en supporter une seconde quelques jours après. HAYEM, en 1889, en injectant du sang de bœuf dans la veine d'un chien, constate qu'une première transfusion était bien tolérée, une seconde faite 12 jours après amena des accidents graves avec convulsions qui souvent se terminèrent par la mort.

En résumé, l'anaphylaxie expérimentale demande pour se réaliser les conditions suivantes :

1°) Une absorption préparante mettant l'individu dans un état d'hypersensibilité,

2°) Un intervalle nécessaire, en moyenne de 10 à 20 jours,

3°) Une seconde pénétration, même à dose minime de la substance incriminée, absorption déchaînant le choc.

L'anaphylactisation ainsi réalisée peut-être directe ou indirecte. RICHET a démontré qu'elle est transmissible d'un individu à l'autre; en effet si l'on injecte à un animal neuf, le sérum d'un sujet anaphylactisé, on lui confère une anaphylaxie passive, celle-ci peut être temporaire ou éphémère, tandis que l'anaphylaxie active est d'ordinaire durable. L'anaphylaxie est dans la règle spécifique, élective au point de pouvoir être utilisée en médecine légale. Cependant, on con-

naît des cas d'anaphylaxie générale (à tous les poisons). Le mode d'introduction, injection, ingestion, inhalation peut différer lors de l'injection préparante ou déchaînante, on a alors à faire à l'anaphylaxie croisée; enfin cette dernière peut être héréditaire ou paraître spontanée.

Dans l'anaphylaxie, on a retenu surtout le choc qui est la manifestation extérieure et objective de l'état spécial dans lequel se trouve le milieu humoral de l'individu. Nous allons brièvement étudier les principales modifications de l'organisme observées dans le choc séroanaphylactique laissant de côté le choc peptonique caseinique.

L'animal de choix pour l'expérimentation est le chien, en effet chez lui on déclenche le choc plus facilement que chez le lapin ou le cobaye, de plus il est moins grave, enfin on peut prélever une quantité plus importante de sang pour les examens.

21 jours auparavant 10 chiens reçoivent une injection préparante de 50 cm³ de sérum de cheval par voie intra-veineuse; aucun trouble. L'injection déchaînante d'une quantité infime de sérum à peine introduite, l'état de choc s'installe immédiatement, caractérisé par de l'agitation des vomissements, de la prostration allant jusqu'à la narcose; la brusquerie et la violence des réactions sont identiques à celles obtenues par le choc caseinique ou peptonique.

MODIFICATIONS OBTENUES DANS L'ORGANISME PAR LE CHOC

1) CHUTE DE LA PRESSION ARTERIELLE.

Elle a été décrite pour la première fois par FANO en 1881. Les travaux récents de BRODIN et RICHET, VALLERY-RADOT ont montré une chute brutale de la pression variant de 90 à 140 mm. de mercure, la reprise se fait à partir de la septième ou douzième minute, elle est lente, en effet trente minutes après l'injection déchaînante la pression n'est pas encore revenue à son taux antérieur.

2°) TROUBLES DE LA COAGULATION.

CONTEJEAN, GLEY et PACHON, RICHET et BRODIN ont particulièrement étudié la question. Ces auteurs concluent à l'incoagulabilité du sang dans le choc séro-anaphylactique, moins durable cependant que dans le choc peptonique, elle fait place après deux heures à un retard de la coagulation qui persiste jusqu'au lendemain. Les jours suivants, on observe la formation d'un caillot mou et insuffisant.

Ces troubles sont irréguliers et inconstants; on trouve de nombreuses variations suivant les auteurs et les substances injectées; dans l'ensemble on observe l'incoagulabilité dans les chocs violents, l'hypercoagulabilité dans les chocs discrets

3°) MODIFICATIONS DES GLOBULES.

L'hypoglobulie constante et discrète commence dès la fin de l'injection. devient nette après 5 minutes augmente jusqu'à la 15^e minute et rétrocede à partir de la trentième. La leucopénie est évidente, chute de 3.000 à 4.000 globules blancs.

4°) MODIFICATIONS DU TAUX DES PROTEINES ET DE L'AZOTE NON PROTEIQUE.

L'hypoprotéïnémie est discrète, cet abaissement se fait aux dépens de la sérine et de la globuline en relation avec la dilution du sang. Augmentation constante et importante de l'azote non protéique.

5° MODIFICATIONS DU TAUX DES LIPIDES ET DE LA CHOLESTERINE.

Abaissement du taux des lipides et de la cholestérine.

6°) MODIFICATION DU SUCRE LIBRE.

On note une hyperglycémie modérée.

7°) MODIFICATIONS DU TAUX DES CHLORURES.

Abaissement du chlore plasmatique, augmentation du chlore globulaire.

8°) MODIFICATION DU CALCIUM.

Hypocalcémie discrète 10 à 20 mmg

9°) MODIFICATION DU POTASSIUM.

Le potassium reste normal.

10°) SYNDROME D'ACIDOSE. — Chute de la réserve alcaline — abaissement léger du pH.

MODIFICATION DE LA NOCIVITE DU SANG.

La présence d'un produit toxique existant dans le sang d'un animal en état de choc n'a pu être démontré; en effet on ne peut reproduire l'état de choc chez un chien neuf par l'injection du sang d'un animal en état de choc.

L'expérimentation a cependant prouvé, que le sérum d'un animal pour un de la même espèce, ou d'une espèce différente était toxique (toxine hémolytique du sérum d'anguille CAMUS et GLEY) toxine analogue du sérum des bovidés CESARY et NICOLLE). Cette toxicité s'atténue par le vieillissement et la tyndalisation à 55°.

6 cm³ de sérum normal de chien injectés sous la peau sont nécessaires pour tuer la souris après un délai

de 10 à 15 heures; si l'on recommence l'expérience avec le sérum d'un chien en état de choc, la nocivité du sérum est nettement augmentée; 5 minutes après le déclenchement du choc, 3 cm³ de sérum tuent la souris au lieu de 6 cm³. La nocivité est transitoire et se rapproche de la normale après 15 minutes. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'augmentation de cette nocivité pour certains elle serait dûe à l'état d'acidose, pour d'autres à l'augmentation de l'azote non protéique (acides aminés, en particulier la créatinine).

En résumé, le choc « est essentiellement une perturbation vago-sympathique qui se traduit par des phénomènes d'apparition brutale et de disparition soudaine et définitive phénomènes vaso-moteurs sudoraux pilo-moteurs. La vaso dilatation viscérale et la chute de la pression artérielle en sont les manifestations les plus importantes. Les modifications vasculo sanguines sont pour une grande part la conséquence de cet état. D'autres modifications du sang, surtout chimiques existent également intéressantes à constater, difficiles à interpréter ».

Origines du choc.

Les connaissances actuelles de la science, ne permettent pas encore d'affirmer avec certitude l'origine du choc. La majorité des auteurs RICHET, FRIEDMANN, BORDET, WIDAL, LUMIERE sont cependant d'accord

pour affirmer que l'origine du choc a pour siège essentiel le milieu plasmatique. Les théories de RICHARD WEILL sur l'atteinte hépatique et la théorie cellulaire de SCHULZ et DALE sont abandonnées à l'heure actuelle; la théorie de RICHEL sur l'intoxication (apotoxine) n'est plus admise par l'ensemble des auteurs. Les expériences d'ACHARD et FLANDIN démontrent le rôle primordial du système nerveux; l'extrait des centres nerveux d'un cobaye qui vient de succomber au choc détermine chez un cobaye neuf par injection intraveineuse des accidents ressemblant au choc anaphylactique et pouvant se terminer par la mort.

Enfin ACHARD verrait l'origine du choc dans les modifications physiques du sérum. « L'équilibre colloïdal du plasma dans les conditions normales, stabilise un certain nombre de propriétés qu'on parvient à dissocier en troublant cet équilibre, c'est ainsi que détachées du complexe colloïdal, peuvent apparaître des propriétés toxiques du sérum; ces propriétés préformées mais latentes parce qu'elles ne peuvent se manifester dans le plasma normal sont susceptibles d'apparaître dans certaines conditions où le complexe colloïdal est troublé. ACHARD a proposé de leur donner le nom de *propriétés cryptotoxiques du sérum*.

Quelque soit la modification en cause du sérum, adsorption, dislocation du complexe, floculation partielle, il semble que cette modification agisse en se

répercutant immédiatement sur les centres nerveux. Cette modification du sérum est extrêmement transitoire et n'a pu encore être saisie et précisée, d'autre part elle peut disparaître immédiatement en imprégnant les centres nerveux et en déclenchant le déséquilibre vago sympathique symptôme important du choc.

SENSIBILISATION ET SENSIBILITE

Il est d'observation courante de constater qu'un individu qui pendant longtemps a supporté une substance sans manifester aucun trouble, voit brusquement cette faculté disparaître, pour faire place à une intolérance complète. Il s'est donc produit une modification de l'organisme, et d'un état d'immunité vis-à-vis de cet agent, il a passé à un état de sensibilité.

Cette sensibilisation peut être brutale ou progressive; Brutale : intolérance médicamenteuse, sensibilisation à la lumière après une forte insolation; Progressive : c'est sur elle que reposent la plupart des dermatites professionnelles, des urticaires d'origine alimentaire.

Il est impossible de prouver l'anaphylaxie par l'enquête clinique et la transmission passive de l'anaphylaxie à l'animal par le sérum du malade n'est pas toujours réalisable; les faits de ce genre méritent simplement le nom de sensibilisation.

Dans la sensibilité, il s'agit de sujets qui sont sensibles au contact ou à l'ingestion d'une ou plusieurs substances sans qu'aient été réalisées chez eux les con-

ditions de l'anaphylaxie, ni même nettement celles de la sensibilisation. L'anaphylaxie héréditaire souvent invoquée n'est pas décelable le plus souvent. L'état d'instabilité humorale, vago sympathique et endocrinienne de ces sujets, les phénomènes cutanés qu'ils présentent, leurs réactions identiques aux mêmes méthodes thérapeutiques les apparentent au groupe précédent.

DIAGNOSTIC DE LA SENSIBILISATION

1) Réactions *vasculo sanguines*. Sous ce nom on entend l'ensemble de la crise hémoclasique de WIDAL, pour se servir de cette crise comme critérium de sensibilisation il faut la constater ou la provoquer.

a) Constatation de la crise.

Chute de la pression artérielle; leucopénie et diminution de la coagulabilité du sang se constatent rarement parce qu'elles précèdent des symptômes cliniques qui nous la font soupçonner et parce qu'au moment de la déclaration de ces symptômes, la crise disparaît.

b) Provocation de la crise.

Pour atteindre ce but, il faut connaître l'antigène nocif qu'on ne peut souvent préciser. Aussi dans de pareils cas on se contente d'expérimenter avec les diverses substances soupçonnées jusqu'à trouver la substance incriminée par la provocation d'une crise hémoclasique accompagnée d'une éruption cutanée analogue à celle dont on veut préciser la cause. Cette méthode est presque impraticable vu le temps considéra-

ble nécessaire pour essayer toutes les substances soupçonnées.

Cependant la constatation d'une crise hémoclasique n'est pas caractéristique d'un choc anaphylactique parce qu'un grand nombre de substances peut la réaliser.

2) *Réactions sérologiques.*

a) Réactions précipitantes.

Il apparaît un précipité chaque fois que l'on met le sérum du malade devant l'antigène nocif.

b) Anaphylaxie passive.

On injecte au cobaye une quantité de sérum du malade et à la suite la substance hétérogène que l'on soupçonne. Dans ce cas si le malade est sensibilisé pour cette substance il faut que le cobaye présente des phénomènes de choc qui résulteront d'une sensibilisation passive.

3) *Réactions cutanées.*

Du fait que si sur un sujet sensible à une certaine substance apparaissent des réactions locales, en appliquant une quantité minime de cette substance dans le derme (phénomène d'ARTHUS) des nouvelles méthodes diagnostiques se sont créées dans le but également de préciser la substance incriminée; ces méthodes sont connus sous le nom de cuti réaction, intra dermo réac-

tion. On inocule sous la peau ou dans le derme ou sur une scarification cutanée une quantité minime de la substance soupçonnée. S'il y a réaction cutanée elle prouve la spécificité de la substance employée. Mais les réactions cutanées n'offrent pas un moyen de diagnostic sûr, car elles sont quelquefois infidèles, positives pour des produits différents; de plus l'intolérance cutanée n'existe pas toujours sur tout l'ensemble du tégument elle peut être partielle ou varier d'un moment à l'autre.

4) *Epreuve thérapeutique.*

Etant donné que toutes les méthodes exposées sont inconstantes et ne donnent aucun diagnostic sûr, on est fatalement arrivé à employer pour le même but l'épreuve thérapeutique de désensibilisation, c'est-à-dire un mode de médications spéciales pour les affections dûes à la sensibilisation.

LA DÉSENSIBILISATION.

Nous venons dans les lignes qui précèdent, d'indiquer le rôle général de la prédisposition en dermatologie et de montrer que selon les cas son mécanisme est simple, complexe ou obscur. Au point de vue pratique qui est de guérir, il semble que toute une catégorie d'affections cutanées relève principalement ou partiellement du terrain de l'individu atteint qu'il

s'agisse d'anaphylaxie, de maladie du sérum ou de dermites professionnelles, il y a nécessairement une transformation intime et profonde de l'organisme d'origine connue ou obscure, déclenchée brusquement ou constituée de façon latente qui permet l'agression d'une substance albuminoïde, chimique ou parasitaire habituellement inoffensive. Rendre à l'organisme affaibli sa résistance normale, le débarrasser des substances nocives qui l'empoisonnent a été de tout temps un objectif thérapeutique. A la notion de sensibilisation, correspond l'idée de désensibilisation.

Les procédés qui s'offrent à la thérapeutique moderne diffèrent entre eux par leur but; les uns sont destinés à une médication antichoc et l'on peut dire qu'ils forment une thérapeutique symptomatique; les autres se proposent de supprimer une sensibilité anormale et cherchent à provoquer une désensibilisation, ils forment donc une thérapeutique curative. Leur mécanisme d'action est aussi différent, la méthode de désensibilisation brusque agit par choc intense la méthode progressive cherche à éviter ce choc.

C'est à BESREDKA, en 1907 que revient le grand honneur d'avoir institué le premier une méthode d'antianaphylaxie. BESREDKA, pour éviter le choc de l'injection seconde d'un sérum thérapeutique fait précéder cette deuxième injection, d'une série d'injections sous cutanées répétées à petites doses. De ce principe dérive

la désensibilisation spécifique qui comporte la connaissance de l'antigène responsable des réactions cutanées. Lorsque la sensibilisation est vraisemblable mais non démontrée, on a recours pour neutraliser les propriétés toxiques du sérum à des procédés empiriques à l'aide de différents produits, c'est la désensibilisation aspécifique.

DESENSIBILISATION SPECIFIQUE

WIDAL et ses élèves, PAGNIEZ, VALLERY RADOT, les auteurs américains ont particulièrement étudié ces méthodes. Après avoir décelé par des cuti réactions minutieuses et parfois laborieuses les substances auxquelles les sujets sont intolérants, on pratique une sorte de vaccination par petites doses croissantes de ces substances. Dans un premier ordre de faits, la désensibilisation peut être effectuée par la voie cutanée et sous cutanée. C'est par la première que MM. GOUGEROT et BLAMOUTIER ont guéri des eczémas provoqués par le bois de palissandre et l'huile de cade en faisant des applications de petites doses progressives de teinture alcoolique de palissandre et d'huile de cade. A l'aide d'injections sous cutanées WIDAL, ABRA MI ont obtenu la disparition d'un eczéma de la face provoqué par de la poudre d'émétine en partant d'une solution de 1 cc. d'émétine à 1/10.000 pour arriver à 5 centigrammes de ce produit. GRENET et CLEMENT ont par ce procédé obtenu une désensibilisation au pain par une dilution de farine dans du sérum physiologique.

Mais c'est surtout par ingestion que la désensibilisation spécifique est le plus souvent recherchée qu'il s'agisse d'un antigène médicamenteux (aspirine, anti-pyrine) ou alimentaire (œufs, lait, pain). Le procédé consiste, soit à prendre une quantité infinitésimale du produit une heure avant la dose supposée nocive; soit à prendre journellement des doses d'abord minimales puis progressivement croissantes. Ultérieurement PAGNIEZ et VALLERY-RADOT ont reconnu que, dans la majorité des cas, des matières albuminoïdes étant en cause, on pouvait se servir de peptone pour désensibiliser contre les intolérances alimentaires. Il n'est pas douteux que le cachet de peptone absorbé 1 heure avant le repas ne soit une ressource précieuse et facile contre de nombreux urticaires alimentaires.

Nous voyons que cette méthode est d'un emploi délicat et difficile, en effet les nombreuses recherches pour déceler l'agent agresseur sont minutieuses et fastidieuses à réaliser, il faut faire parfois de nombreuses cuti réactions pour trouver le produit incriminé et bien souvent le résultat diagnostique n'est pas absolument certain, car un individu peut être sensibiliser à différents produits.

Une méthode, plus générale de désensibilisation doit donc être envisagée et nous arrivons maintenant à parler de la désensibilisation aspécifique. Dans ce chapitre en respectant l'ordre chronologique nous nous

proposons d'envisager l'autosérothérapie et l'autohémothérapie employée comme méthode de choc, enfin l'autosérothérapie désensibilisatrice proprement dite. Nous étudierons à la fin de cet ouvrage, les autres méthodes de désensibilisation aspécifiques et les thérapeutiques associées.

DENSIBILISATION ASPECIFIQUE

L'AUTOSEROTHERAPIE, METHODE DE CHOC

MAYER et LINSER eurent les premiers en 1911, l'idée de traiter par le sérum d'une femme enceinte saine une malade atteinte d'herpès gestationis; ils partaient de cette considération que l'évolution normale de la grossesse implique une neutralisation des toxines à la formation desquelles donne lieu l'état gravidique, par des antitoxines correspondantes: l'injection de sérum d'une femme enceinte saine devant suppléer à ce manque d'antitoxines. Les résultats obtenus furent surprenants non seulement dans l'herpès gestationis mais dans de nombreuses autres affections cutanées. Toutefois comme cela arrive fréquemment en thérapeutique, si les résultats pratiques de la méthode furent remarquables, le point de départ était faux. En effet l'expérience montra bientôt qu'il n'était nullement indispensable pour assurer le succès du traitement, même dans les dermatoses gravidiques de recourir au sérum sanguin provenant d'une femme enceinte saine, le sérum sanguin de toute autre provenance possédant la même efficacité.

En 1913 SPIETHOFF, entreprit une série d'essais sur le traitement de diverses dermatoses par des injections de sérum emprunté au malade lui-même et cette auto-sérothérapie lui donna d'excellents résultats, dans le prurigo de HEBRA, dans l'eczéma, dans la dermatite herpétiforme, dans le psoriasis.

Voici la technique adoptée par cet auteur; il commençait à pratiquer au malade une saignée et recueillait 50 à 100 cm³ de sang d'une veine du pli du coude, il en séparait le sérum et le soumettait à la centrifugation; puis après l'avoir inactivé par un chauffage à 56° pendant une demi heure, il en injectait aussitôt dans la veine même du malade 10 à 25 cm³. Cette injection était répétée au besoin 2 ou 3 fois par semaine en tout jusqu'à 6 fois.

On pouvait se demander si les bons résultats obtenus par cet auteur n'étaient pas dûs plutôt à la saignée qu'à la sérothérapie. Mais SPIETHOFF a pu se convaincre qu'il n'en était rien; en effet non seulement de petites saignées répétées mais même le « lavage du sang » selon la méthode préconisée par BRUCK à savoir une saignée importante suivie d'une injection sous cutanée ou intraveineuse d'une solution salée physiologique, ne déterminèrent aucune amélioration, tant que l'on n'injecte pas au malade son propre sérum.

Les premiers essais de SPIETHOFF portèrent surtout sur des dermatoses prurigineuses, mais ultérieure-

ment il put se convaincre de l'action de cette méthode sur d'autres affections; en 1913 il traita de la sorte un chancre mou gangréneux avec fièvre élevée; une première injection de sérum provenant du malade ramena la température à la normale en l'espace de 24 heures; les injections ultérieures firent se détacher les parties nécrosées et le malade guérit. En 1921 WIESENACK publia le cas d'un chancre mou phagédénique ou le traitement local poursuivi depuis 2 mois se révéla impuissant à juguler et à faire rétrocéder l'infection. l'autosérothérapie amena la guérison en quelques jours.

FOUQUET, considère qu'il est dangereux d'injecter dans les veines du malade une quantité importante de sérum, modifia la technique de SPIETHOFF. Il simplifie les manipulations du sérum en supprimant la centrifugation et le chauffage estimant que le sérum peut être infecté au cours de ces opérations, et injecte tel quel le sérum.

Au début il n'injectait que 1 cm³ de sérum, dose insuffisante qu'il a dû élever à 5 cm³. Les injections sont faites sous la peau de la fesse tous les deux jours.

Dans le pemphigus, l'autosérothérapie ne lui donna aucun résultat, la maladie suivit son évolution et se termina par la mort.

Dans tous les eczémas, il aurait obtenu de façon constante et rapide la disparition du prurit. Des mala-

des qui passaient le jour et la nuit à se gratter et dont l'état général était atteint ont vu leur prurit rétroceder souvent dès la première injection. Les résultats furent moins bons en ce qui concerne l'éruption, toute thérapeutique locale étant abandonnée, il ne constata que deux guérisons de l'éruption par l'autosérothérapie seule. Pour cet auteur, le triomphe de la méthode, se trouve réalisée dans le traitement des prurits localisés ou généralisés et dans l'urticaire, il obtient des résultats définitifs suivant les cas en faisant de 5 à 12 injections.

BUSQUET applique une méthode analogue, mais pour cet auteur, les doses de sérum employé doivent être élevées et il met les nombreux échecs constatés par d'autres sur l'insuffisance des quantités et l'espacement des injections. Dans les cas d'urticaires et en particulier d'urticaire à répétition il obtient des guérisons rapides parfois même après quelques heures avec des doses élevées de sérum 20 à 30 cm³ tous les jours. En ce qui concerne les prurits les doses moyennes de 20 cm³ tous les 2 jours ont déterminé chez 60 malades une rapide guérison. Dans les eczémas chroniques ou aigus il obtient également de nombreuses guérisons. Dans la furonculose de 12 injections sous cutanées de sérum faites dans les 2 jours à la dose de 20 cm³ donnent des résultats rapides, amenant la guérison en 20 à 30 jours. Dès la première injection on

constate l'atténuation de la rougeur et des phénomènes congestifs, le pus des furoncles se résorbe ou plus rarement s'enkyste pour quelque temps puis disparaît. Sur 4 malades atteints de Prurigode HEBRA guérison totale dans un délai de 6 à 20 jours après des injections de 20 cm³ dont le nombre varia de 5 à 10. Dans deux cas, une légère récive se manifesta après la fin du traitement, quelques injections nouvelles ont amené la guérison définitive et permanente.

Dans le psoriasis, des injections élevées et fréquentes lui ont donné d'excellents résultats et des récives légères ont été jugulées par la reprise du traitement. Nous rapporterons une guérison intéressante publiée par cet auteur dans le chapitre « observations ».

L'AUTOHEMOTHERAPIE

L'autohémothérapie, a été appliquée pour la première fois en dermatologie, en 1913 par RAVAUT. La méthode consiste à prélever du sang d'un individu par ponction veineuse et à le réinjecter immédiatement dans les muscles fessiers.

RAVAUT a essayé l'autohémothérapie d'une façon un peu empirique; en effet il voulait simplifier les méthodes d'autosérothérapie, pensant que les manipulations du sérum nécessitaient des précautions importantes et surtout il croyait qu'en injectant le sang total, on donnait à l'organisme l'avantage de profiter des réactions utiles que provoque la résorption de certaines substances ou de corps microbiens pouvant se trouver dans la fibrine et les globules rouges du sang.

RAVAUT considère, l'autohémothérapie, comme une méthode autonome de désensibilisation spécifique, SPILLMANN la rattache à peine aux médications désensibilisantes. Avec la majorité des auteurs LYON, PRUVOST, RUBY, LOUST, nous pensons que cette méthode doit être rattachée à la protéinothérapie, en effet le sang total injecté agit comme une protéine.

TECHNIQUE. — Elle est très simple. Certains auteurs conseillent pour éviter la coagulation du sang, l'emploi d'une seringue contenant une solution anticoagulante, citrate de soude à 10 % ou $1/4$ de cm^3 de solution de novarsénobenzol ou de sulfarsénol à 1,5 %. Nous préférons la technique simple de RAVAUT. On prélève dans une veine du pli du coude 5 à 20 cm^3 de sang dans une seringue aseptique de 30 cm^3 , avec la même seringue et en changeant rapidement d'aiguille (de préférence employer une aiguille longue et grosse pour éviter la coagulation) on injecte lentement le sang en pleine fesse.

SCHULMANN, simplifie la technique; lorsque la ponction veineuse est terminée, il retire l'aiguille de la veine et réinjecte 1 à 2 cm^3 de sang, dans le tissu cellulaire sous cutané.

Chez les obèses et les enfants dont les veines sont difficiles parfois à trouver, BROcq recommande l'application répétée de ventouses sèches, dont l'action s'explique ainsi que l'indique SCHULMANN par l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous cutané. Cependant il n'y a pas par la ventouse extraction du sang hors de l'organisme contact de l'air, modification des champs électro magnétiques.

Aux enfants, on commence par 2 cm^3 et aux adultes 5 cm^3 , deux ou trois fois par semaine en général on n'a pas intérêt à dépasser 10 cm^3 . Le nombre des

injections autohémiques est illimité. La série moyenne est de 10 injections, mais on peut atteindre le nombre de 20 sans inconvénients.

Les incidents et les accidents de la méthode sont rares, signalons les évanouissements causés par la simple appréhension de la piqûre. Parfois quelques heures après la piqûre, sensation vague de malaises, élévation thermique à 38°, courbature, somnolence, apparition d'un crythème après 3 jours.

NICOLAS GATE et DUPASQUIER rapporte le cas d'un malade qui éprouvait dans la région lombaire au cours même de l'injection intra fessière une douleur insupportable qui durait 10 à 15 minutes.

Les résultats dépendent pour les auteurs précités des sujets qu'ils classent dans 4 catégories. Dans la première, l'amélioration apparaît dès la première injection et la guérison suit rapidement. Dans la seconde, l'amélioration est lente et il faut continuer le traitement. Dans la troisième, après une petite amélioration, apparaît une aggravation, il faut suspendre le traitement. Dans la quatrième enfin aucune modification ne s'observe : inutile de continuer.

INDICATIONS.

RAVAUT dans sa première communication, a rapporté la guérison d'un lichen plan de WILSON malheureusement ce cas est resté unique, et d'autres auteurs

ont échoué. LEVY-SOLAL rapporte la guérison de 2 eczémas et d'un psoriasis au cours de la gestation et définitivement guéris par 5 à 6 injections du propre sang des malades. RAVAUT en général trouve les indications de la méthode dans les affections prurigineuses, les affections bulleuses, dans l'urticaire et dans certaines formes d'acné avec prurit.

Pour SPILLMANN le triomphe de la méthode est dans la furonculose. L'école de Nancy affirme les excellents résultats obtenus dans le zona. THOREL, rapporte des résultats incertains dans le prurit et le prurigo, la maladie de DÜHRING et, certains dans la furonculose et l'hydrosadénite.

MODE D'ACTION.

La majorité des auteurs NICOLAS GATE, DUPASQUIER, RAMOND, RUBY, MOUTIER et RACHET sont d'accord pour affirmer que l'autohémothérapie produit dans l'organisme une crise hémoclasique dont la leucopénie et la chute de la tension artérielle ont été constatées dans la majorité des cas. SCHULMANN publie les résultats suivants.

Chez 31 malades traités les modifications physico-biologiques sanguines étaient les suivantes :

Hypotension et leucopénie : 22 fois.

Leucopénie sans hypotension : 3 fois.

Hypotension sans leucopénie : 2 fois.

Syndrome inversé : 1 fois.

Aucune réaction : 3 fois.

FAUVET qui a cherché cette crise n'a pu la trouver. Enfin MINO a constaté que la crise ne se réalisait pas lorsqu'on n'employait pas de substance anticoagulante et lorsque l'on opérait avec des seringues et des aiguilles paraffinées. En résumé on peut donc conclure que dans l'autohémothérapie le sang en se transférant de la veine à la fesse, subit des modifications qui lui donnent le caractère d'une albumine hétérogène pour l'organisme même qui l'a fourni et que par conséquent il agit comme protéine, occasionnant un choc protéique au point de vue thérapeutique.

Il résulte des faits que nous venons d'exposer que l'autosérothérapie employée en injection *intraveineuse* ou sous cutanée à *haute dose* et l'autohémothérapie agissent en produisant un choc dans l'organisme, *il en est tout autrement de l'autosérothérapie désensibilisatrice préconisée* par MM. ACHARD et FLANDIN que nous allons maintenant étudier.

L'AUTOSEROTHERAPIE DESENSIBILISATRICE

Le terme d'autosérothérapie désensibilisatrice a été proposé par MM. ACHARD et FLANDIN pour une méthode nouvelle de traitement mise au point par ces auteurs. Il s'agit de tout autre chose que de l'autohémothérapie avec laquelle on confond trop souvent l'autosérothérapie.

Les recherches expérimentales et cliniques faites par ces auteurs entre 1910 et 1914 sur les modifications du sérum sanguin au cours de l'anaphylaxie et de certains états analogues, les ont amené à admettre que le sérum sanguin était susceptible d'acquérir d'une façon passagère ou définitive des propriétés toxiques : ACHARD a groupé ces faits sous le nom de propriétés cryptotoxiques du sérum et montré qu'en dehors des manifestations cliniques caractérisant le choc, qu'en dehors des modifications vasculo sanguines dénommées par WIDAL et ses élèves, crise hémoclasique il convenait d'attacher une importance primordiale à l'état latent du sérum sanguin.

Si on injecte à un chien B du sérum d'un chien

A anaphylactisé; on ne détermine rien d'autre que de transmettre au chien B l'anaphylaxie c'est-à-dire la possibilité de réagir par un choc à l'injection déchaînante pratiquée avec la substance anaphylactisante, c'est le phénomène de l'anaphylaxie passive.

Mais si on réinjecte dans la veine du chien A anaphylactisé son propre sérum, on déclenche un choc qui peut être mortel. Il s'est donc développé dans le sérum de ce chien, au cours de la période de sensibilisation des substances autotoxiques. Celles-ci n'existent ou plutôt ne sont dangereuses que dans le sérum, car la réinjection de plasma est moins offensive et celle du sang total ne l'est pas.

Chez des individus atteints d'urticaire, d'eczémas, de dermites artificielles, l'existence de substances autotoxiques dans le sérum sanguin a pu être mis en évidence.

Dès 1914, ces auteurs ont cherché à désensibiliser vis-à-vis des substances toxiques contenues dans leur propre sérum, les sujets présentant des phénomènes de choc. Mais au lieu de chercher à réaliser un choc même atténué et ne se manifestant que par la crise hémoclasique, ils ont essayé par l'emploi de doses très faibles à l'introduction *par une voie n'amenant pas le choc*, à obtenir la désensibilisation sans phénomènes critiques.

De là, l'idée d'employer le sérum sanguin comme désensibilisant au même titre que le sérum étranger

dans la méthode de BESREDKA pour éviter la maladie sérique.

L'autosérothérapie ainsi conçue est donc une méthode logique, scientifique qui s'oppose à l'empirisme de l'autohémothérapie et autres procédés analogues.

TECHNIQUE.

La technique est simple, et peut être réalisée facilement par n'importe quel praticien un peu expérimenté. Il s'agit surtout d'employer une asepsie rigoureuse dans toutes les manipulations réalisées. Le premier temps de l'opération est la ponction veineuse. On fait cette ponction soit dans la médiane céphalique soit dans la médiane basilique après asepsie soignée des téguments et pose d'un garrot. La seringue aura une contenance de 20 à 30 cm³ et l'aiguille employée sera d'un diamètre assez gros pour éviter la coagulation on peut, plus facilement, employer une aiguille à plateau et un tube à essai le tout rigoureusement stérile. Le sang obtenu par ponction veineuse est recueilli dans un tube à essai 20 cm³ de sang donnent environ 7 cm³ de sérum; le tube est disposé dans un rateau que l'on met en position incliné et abandonné à la température de la chambre et à la lumière. L'exsudation du sérum est terminée environ 6 heures après, au besoin on décolle le caillot avec la pointe d'une aiguille flambée, on aspire le sérum avec une pipette

Pasteur et on le répartit dans des tubes stérilisés que l'on bouche avec un coton flambé, ou on le met en ampoules.

Le sérum ne doit pas être centrifugé ni chauffé, ni mis à la glacière, pour éviter toutes modifications qui le transformerait et le ferait agir vis-à-vis de l'organisme comme une substance hétérogène. Le sérum ainsi obtenu sera placé au frais.

TECHNIQUE DES INJECTIONS.

La première voie d'introduction de l'autosérum fut la *voie sous cutanée*; on commence à injecter une quantité minime $5/10$ de cm^3 pour tâter la susceptibilité du sujet on augmente ensuite $1/2$, $3/4$, 1 cm^3 , 2 cm^3 . Les auteurs ont prouvé qu'il n'y avait aucun intérêt à employer des doses plus fortes. Les injections peuvent être quotidiennes ou faites tous les 2 jours. Le nombre moyen est de 15 à 20, mais on peut sans inconvénient dépasser ce chiffre.

Plus récemment la *voie intra dermique* a été employée. Cette nouvelle voie d'introduction a été préconisée, par l'observation générale, que les produits introduits par voie intra dermique étaient beaucoup plus actifs. La technique est légèrement modifiée, on emploie une seringue de Barthélemy et une aiguille très fine à injection intra dermique. Les doses intro-

duites sont très réduites; on injecte dans le derme du bras (face externe du deltoïde), une goutte, 2 gouttes, 3 gouttes d'auto sérum; on fait des injections quotidiennes, leur nombre n'ayant pas varié.

Enfin pendant notre séjour dans le service de M. le Docteur FLANDIN, nous avons employé avec succès l'injection d'auto sérum « loco dolenti » et nous avons obtenu une guérison très rapide d'un rhume des foins par injection dans la muqueuse nasale. Cette nouvelle voie d'introduction a été préconisée par JACQUELIN et TURIAE. Ces auteurs ont obtenu d'excellents résultats dans le coryza périodique et l'asthme des foins. sur 20 malades traités 17 cas de guérison, 3 échecs.

La technique est simple, tout d'abord la voie endo-buccale est employée, 6 à 8 injections dans la muqueuse de la face interne de la joue à 2 centimètres environ en arrière de la commissure labiale; cette voie d'accès est moins douloureuse et plus facile que les injections intra muqueuses nasales; elle ne sera employée que si les résultats par la voie endo buccale paraissent insuffisants. Dans ce dernier cas le lieu d'injection est soit le cornet inférieur, soit la zone de muqueuse de la face externe des fosses nasales immédiatement voisine, soit même le cornet moyen.

Un point capital pour la réussite du traitement est de pousser l'injection strictement dans l'épaisseur de la muqueuse, une boule d'œdème intra-muqueux doit

apparaître au lieu même de l'injection, si celle-ci est correcte. Comme dans l'autosérothérapie intra-dermique les injections sont répétées quotidiennement pendant vingt jours à la dose de 2/10, 3/10, 5/10 de centimètre cube.

Un asthme chronique rebelle à toutes les thérapeutiques employées, évatmine, adrénaline, eupnine, autohémothérapie, peptonothérapie s'est vu rapidement guéri par l'application de cette méthode. Les deux premières injections n'amenèrent aucun résultat, à la troisième légère recrudescence de l'asthme, la quatrième dyspnée intense, à la cinquième disparition brutale des crises, 20 injections sont pratiquées au total, depuis aucune crise d'asthme n'est reparue.

Sous les conseils de M. FLANDIN et découlant de cette pratique, nous avons appliqué avec succès l'autosérothérapie régionale dans de nombreux cas de prurit rebelle et d'érythèmes vulvaire ou anal.

La technique est toujours la même, seul le lieu d'injection varie. L'autosérum est injecté au pourtour de la muqueuse anale ou vulvaire. Sur 10 cas traités nous avons eu 8 cas de guérison rapide après la cinquième ou sixième injection.

Ces deux voies d'introduction nouvelles du sérum, nous paraissent devoir être appliquées avec plus de fréquence, car elles sont tout à fait inoffensives et les bons résultats nous paraissent plus rapides et plus fré-

quents même que ceux obtenus par la voie sous cutanée ou intra dermique.

Quelle que soit la technique employée, chez certains malades, le résultat est immédiat dès la première ou la deuxième piqûre. Chez d'autres, les symptômes sont seulement atténués. Chez d'autres, enfin après une disparition complète des accidents on voit après un temps plus ou moins long des signes atténués : une reprise du traitement amène une nouvelle amélioration. Dans la règle plus la maladie est prise au début, plus le succès thérapeutique est rapide. Dans les cas invétérés un traitement prolongé est nécessaire.

Malgré de nombreuses recherches faites par les auteurs de la méthode pour trouver dans les caractères physiques ou chimiques du sang et du sérum des critères permettant de dire d'avance si la sérothérapie aura une action favorable ou non, sont demeurées vaines.

INDICATIONS.

L'autosérothérapie désensibilisatrice est une thérapeutique absolument inoffensive; pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Louis et par une pratique fréquente et répétée de la méthode, nous n'avons jamais vu d'accidents dignes d'être rapportés; nous ne parlons que pour mémoire, de l'appréhension et parfois

de syncopes surtout chez les nerveux lors de la ponction veineuse; l'injection locale du sérum aussi bien en sous cutané qu'en intra dermique ne s'est jamais accompagnée d'aucun accident. Nous avons cependant noté une éruption ortiée 6 heures après l'injection chez deux sujets particulièrement sensibles. Enfin dans de rares cas quelques heures après la piqure quelques frissons et des malaises passagers qui n'ont jamais eu aucune suite.

L'innocuité et les résultats obtenus permettent donc un large usage de cette méthode.

Elle trouvera son emploi surtout dans les dermatoses où la sensibilisation a pu être démontrée et où la question terrain joue un rôle important.

Dans les *eczémas*, l'autosérothérapie a une action rapide et constante sur l'élément prurit, de nombreux malades qui passaient le jour et la nuit à se gratter ont vu rapidement dès la cinquième ou sixième injection disparaître leur prurit. Dans de nombreux cas les lésions cutanées se sont améliorées rapidement et ont disparues.

Dans la *furonculose*, des résultats très intéressants ont été obtenus et des malades qui voyaient à chaque saison ou pour de légers écarts alimentaires survenir des crises de furunculose ont vu disparaître rapidement leurs lésions après institution du traitement auto-sérothérapique.

Le *prurigo de Hebra* cède à cette thérapeutique et des guérisons ont été obtenues, parfois reprise du processus après la terminaison du traitement; une application nouvelle du traitement a amené une guérison définitive et permanente.

Chez des *psoriasiques*, le traitement a amené parfois mais de façon inconstante la détersion et la guérison des lésions.

Dans *l'herpès*, et surtout dans *l'herpès génital* récidivant d'excellents résultats ont été obtenus, mais les échecs sont fréquents, l'herpès est une maladie due à un virus filtrant et ne relève donc pas directement des méthodes de désensibilisation.

HUDELO et RABUT signalent des guérisons dans les *dermatoses bulleuses* en particulier dans la maladie de DÜHRING.

Mais où l'on observe surtout le triomphe de l'autosérothérapie c'est dans le traitement du *prurit*, de *l'urticaire*, de *l'œdème de Quincke*, et des *érythèmes récidivants et des dermites artificielles*.

Dans *l'urticaire*, en associant le régime alimentaire lorsque celui-ci est en cause au traitement, on obtient dans la plupart des cas et rapidement la rétrocession de l'éruption et la disparition de l'élément prurit. Dans les prurits généralisés ou localisés les résultats sont aussi remarquables, l'autosérothérapie est particulièrement utile dans le cas de prurit localisé prurit vul-

vaire ou anal, surtout en injection dans le territoire sensible.

En somme dans les affections cutanées, surtout celles qui s'accompagnent de prurit, l'autosérothérapie constitue une méthode simple à employer, facile à appliquer pour le médecin, nullement pénible ou dangereuse pour le malade qui peut rendre de grands services dans le traitement d'un certain nombre de dermatoses en particulier des prurits, des urticaires, des érythèmes, affections contre lesquelles nos ressources thérapeutiques sont souvent limitées ou infidèles.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS (Publiées par MM. ACHARD et FLANDIN)

Urticaire à répétition. — M. R..., 51 ans, souffre d'urticaire à répétition depuis 10 mois. Sauf une syphilis contractée à 28 ans et traitée, cet homme n'a jamais été malade. Très actif, gros mangeur, grand buveur, il a eu vers l'âge de 14 ans quelques poussées passagères d'urticaire. En juillet après un séjour de un mois à Monte-Carlo, il a été pris en pleine santé de prurit et d'urticaire. Depuis, tous les jours il fait 2 poussées de prurit et d'urticaire généralisés, la première entre 6 et 8 heures, la deuxième entre 18 et 20 heures. Qu'il soit couché ou debout, au froid ou au chaud, à jeun ou non, les crises sont identiques. Tous les traitements externes ou internes ont été essayés, tous les régimes, même la diète hydrique n'ont donné aucune amélioration.

Le 27 mai une prise de sang est faite. Le sang est normal. Coagulation un peu lente 25 minutes. Le sérum est lactescent, l'indice réfractométrique 64,4 correspondant à 91,36 d'albumine. La toxicité du sérum s'est révélée nulle pour le cobaye.

Le 28 mai : injection intra dermique de 2/10 de cm³ de sérum. Aucune réaction locale.

Le 29 mai : 2 cm³ de sérum en injection sous cutanée. Poussées urticariennes à l'heure habituelle mais atténuées.

Le 30 mai : on fait une deuxième prise de sang. La coagulation se fait en 15 minutes. L'indice réfractométrique est le même. On injecte sous la peau 1 cm³ de sérum de la première prise. La poussée du soir ne se produit pas.

Le 31 mai : 2 cm³ sous cutané. Pas de poussées urticariennes.

Le 1^{er} juin : 2 cm³ sous cutané. Pas d'urticaire le 1^{er} et le 2, quelques éléments le 3.

Le 3 juin : 2 cm³ sous cutané. Quelques éléments discrets.

Le 4 juin : même injection. L'amélioration est nette.

Le 5 juin : nouvelle prise de sang. Les caractères sont les mêmes.

Le 8 juin : 2/10 de cm³ en intra dermo réaction à 15 heures.

A 19 heures, éruption généralisée. On fait 1 cm³ de sérum sous cutané. Arrêt rapide de la crise.

9 juin : pas d'urticaire.

11 juin : rien.

12 juin : 5 à 6 éléments — 2 cm³ de sérum à 21 heures.

12 au 15 juin : 2 à 3 placards urticariens le matin ces placards disparaissent le soir.

17 juin : 2 cm³ de sérum. Poussée le soir.

19 juin : 2 cm³ 1/2 — Urticaire le lendemain matin.

22 juin. — On essaie d'injecter 1/2 cm³ d'hémostyl. Grosse poussée le soir et les jours suivants.

25 juin : 2 cm³ de sérum amènent une amélioration qui se maintient.

29 juin : injection de 10 cm³ de sérum de Ringer intra musculaire, poussée généralisée se maintenant pendant 24 heures.

Le 30 juin : 1/2 cm³ de sérum, l'urticaire disparaît le 1^{er} et le 2 juillet 2 cm³. L'urticaire ne reparait plus.

Depuis le malade n'a plus jamais eu de prurit ou d'urticaire, malgré une vie très active et la reprise des habitudes alimentaires anciennes. Il ne suit aucun régime, mange des fraises, du poisson, du gibier. Ce cas a demandé un traitement prolongé. Les essais de sérothérapie artificielle (sérum de Ringer) et d'hétéro sérothérapie (hémostyl) ont eu un effet nettement défavorable. Seul, le propre sérum du malade a eu une action d'abord de courte durée, puis plus prolongée, enfin définitive.

OBSERVATION N° 2

Maladie de Quincke

Madame L..., âgée de 32 ans sans antécédents personnels ou héréditaires à retenir, vient nous trouver parce que, depuis 1 an environ, elle souffre au moment de ses règles, de douleurs rhumatoïdes dans la continuité des membres, de céphalée et de douleurs oculaires, rappelant la migraine ophtalmique. Environ 6 heures après le début de ces accidents apparaissent des œdèmes blancs durs aux paupières, aux lèvres, aux membres inférieurs aux poignets, de la rougeur et de l'œdème du pharynx.

L'apparition de ces accidents est souvent accompagnée de frissons, de vomissements, de sensation de malaise d'une légère élévation thermique aux environs de 38°.

Rien d'anormal dans les urines qui n'ont jamais contenu d'albumine. L'examen du sang montre une formule normale. Urée et cholestérine normales. Indice réfractométrique à 64. Le régime, le repos au lit, la diète ne donnent aucun résultat.

Depuis quelque temps, la durée des accidents augmente, ils débutent 8 à 10 jours avant les règles et se prolongent parfois 15 jours après.

Le 13 février : en pleine poussée on fait une prise de sang et on réinjecte 7 heures après 1/2 cm³ de sérum sous la peau.

Le 17 février : le malade revient avec une ébauche d'œdème de la lèvre inférieure qui est apparue le matin. Elle dit avoir vu disparaître à la suite de la première piqûre tous ses accidents dans les 2 heures.

Le 17 février : 1 cm³ de sérum sous cutané amène la sédation des œdèmes jusqu'au 5 mars. Nouvelles poussées très légères, le 9 et le 19 mars arrêtées chaque fois par des doses de sérum variant de 2/10 à 2 cm³.

On ne note aucune différence d'action suivant la dose employée.

1^{er} avril : 2 jours avant les règles, la malade éprouve les symptômes prémonitoires de sa poussée, œdème, elle subit 3 injections de sérum, le 1^{er}, 2 et 3 avril de 1/2, 1, 2 cm³. Dès la première, arrêt des accidents. Rien jusqu'au 1^{er} mai, ou le premier jour des règles apparaît un

œdème léger de la moitié gauche de la lèvre inférieure et de la paupière inférieure gauche. 2 cm³ de sérum amènent la disparition. Depuis la malade se fait faire du sérum le 13, 15, 27 et 29 mai, les 12, 24 et 26 juin pour une ébauche d'infiltration de la lèvre inférieure et de la paupière, parfois par crainte du retour des accidents anciens sans qu'on puisse percevoir aucun phénomène objectif. Pratiquement guérison complète en mai. Revue 3 ans après cette malade déclare n'avoir plus souffert d'aucun trouble.

OBSERVATION N° 3 (Publiée par BUSQUET)

Psoriasis

Un homme âgé de 28 ans, atteint de psoriasis depuis l'âge de 12 ans présente une forme généralisée avec infiltration dermique accentuée sous forme de placards symétriques au niveau des articulations du genou, du coude, du poignet et de l'épaule.

En plus de nombreux foyers de psoriasis en gouttes sont répartis irrégulièrement sur le tronc et les membres. Soigné par de nombreux traitements qui ont amené des améliorations passagères sans succès définitif. Cet homme vigoureux était considéré comme présentant un psoriasis invétéré et complètement incurable. BUSQUET le met à l'autosérothérapie et supprime tout autre traitement local ou général,

Il reçoit tous les deux jours une dose de 20 cm³ sous cutané. Après la quatrième injection les placards en gouttes s'effacent et disparaissent après la deuxième injection. Les bandes annulaires des articulations s'atté-

nuent après la cinquième et disparaissent après la dixième; progressivement et 40 jours après le début du traitement, c'est-à-dire après la vingtième injection, elles avaient totalement disparu. Le traitement est continué pendant 10 jours encore. Aucune récurrence et le malade revu de temps en temps pendant six années n'a plus jamais présenté de psoriasis.

OBSERVATION N° 4 (Publiée par M. TZANCK)

Herpès récidivant

M. S..., 22 ans. Herpès récidivant de la paume de la main droite datant de 8 mois. Eruption revenant exactement tous les 18 jours exactement au même endroit. Evolution toujours semblable, chaleur et douleur précédant de quelques heures un placard érythémateux, le lendemain, apparition de vésicules durant 4 à 7 jours, laissant à leur suite des croûtes qui n'étaient pas toujours tombées lorsque apparaissait une poussée nouvelle. La régularité de ces poussées faisait de cet herpès un cas parfait pour juger de l'effet d'une thérapeutique. Au lendemain d'une poussée, première injection de 2 cm³ de sérum. Cette injection est répétée tous les 3 jours. Au quinzième jour, la malade ressent la cuisson et les douleurs caractéristiques précédant la nouvelle poussée. On constate l'existence d'un placard érythémateux mais l'éruption n'a pas lieu le lendemain. Le traitement est continué jusqu'à la dixième injection. Au trentième jour, nouvelle alerte non suivie d'éruption. Le traitement est interrompu depuis plus de 2 mois et la malade semble guérie. Notons en passant l'amélioration remarquable de

l'état général de la malade sous l'influence de ce traitement et notamment la disparition d'accès migraineux.

J. M..., 17 ans. Herpès récidivant de la face (pourtour des lèvres et du nez). Eruptions depuis 7 ans revenant tous les mois environ. La poussée est pour ainsi dire instantanée. En quelques minutes démangeaisons très vives et cuisson, puis en quelques heures le placard vésiculeux est constitué. En pleine poussée, institution du traitement autosérothérapique, le malade reçoit 10 injections à raison de 2 par semaine. 3 semaines après la première injection, le malade vient montrer un placard érythémateux. Elle a ressenti dans la nuit, les sensations caractéristiques précédant la poussée et a été toute étonnée au réveil de ne pas voir le placard vésiculeux.

Dans la soirée la rougeur disparaît elle-même 1 mois après nouvelle alerte. Depuis, cette date la malade revue régulièrement n'a présenté aucune poussée.

OBSERVATION N° 5

Urticaire géante

M. Cr..., 39 ans présente depuis 6 mois environ, des crises d'urticaire géante (à type œdème de Quincke) ; au début les poussées se montraient tous les 15 jours environ, puis se sont rapprochées petit à petit malgré de nombreux traitements. Successivement l'adrénaline per os, le chlorocalcion, la peptalmine, l'hyposulfite de soude ont été employées. Aucune modification notable n'a été enregistrée dans le nombre et l'évolution des poussées.

A l'heure où nous voyons le malade, les poussées sont

presque subintrantes; les éléments urticariens sont disséminés tantôt sur tout le corps, tantôt sur les lèvres, ces éléments sont accompagnés d'un œdème très important qui défigure le malade et amène une gêne fonctionnelle marquée.

Antécédents. — Asthme dans la première jeunesse; ne s'est jamais reproduit depuis. Quelques poussées d'urticaire banale à l'occasion de troubles digestifs.

Ce malade est soumis au traitement par l'autosérothérapie sous cutané après arrêt de tout autre médication. Nous faisons successivement tous les 2 jours, 1/4, 1/2, 3/4, 1 cm³ de sérum.

A la sixième piqûre, les poussées urticariennes qui survenaient quotidiennement s'espacent et n'apparaissent que tous les deux ou trois jours.

A la douzième injection, les poussées sont moins fortes et les éléments moins nombreux et plus éphémères.

A la 16^e injection, les poussées ont presque totalement disparu. Le traitement a été poursuivi jusqu'au nombre total de 30 injections pour assurer le résultat obtenu.

La malade revue 1 an, puis 3 ans après la fin du traitement n'a jamais plus vu survenir la moindre poussée d'urticaire.

OBSERVATION N° 6

M. R..., 41 ans. Le malade se présente à nous, porteur d'un eczéma très prurigineux datant de 4 mois, eczéma suintant disséminé un peu sur tout le corps sous forme

de placards. Sur ce terrain eczémateux, viennent se greffer depuis un mois des crises d'urticaire généralisée. Le malade perd tout sommeil du fait du prurit intense et l'état général est légèrement atteint. Les crises d'urticaire surajoutées ne paraissent pas devoir être rattachées à des troubles gastriques ou hépatiques ou à des excès alimentaires.

Dans les antécédents on note que le père et la mère de ce malade ont eu de nombreuses crises d'asthme. Aucune trace d'asthme chez ce sujet.

Devant ce terrain humoral héréditaire et l'association d'un eczéma prurigineux accompagné d'urticaire rebelle, on essaie l'autosérothérapie intra dermique. Nous injectons tous les jours une quantité minime de sérum dans le derme du bras. Dès le huitième jour du traitement quotidien on voit les poussées d'urticaire disparaître entièrement et l'eczéma commence à sécher, l'élément prurit est calmé le premier.

L'eczéma s'est nettement amélioré dès le quinzième jour pour disparaître presque complètement dès le vingt-cinquième jour. Une deuxième série de consolidation fut faite après un arrêt de 15 jours.

Le malade revu deux ans après sa guérison n'a vu survenir, ni eczéma, ni poussées urticariennes.

OBSERVATION N° 7

M. C..., 49 ans se présente à nous porteur d'un gros œdème de Quincke datant de 10 jours, une poussée toutes les 24 heures environ, dont deux sur les muqueuses

labiales et buccales ayant occasionné un œdème énorme avec gêne respiratoire et de la déglutition.

Dans les antécédents de ce malade, on note dans la petite enfance un eczéma de la face; des crises de colite spasmodique entre 30 et 40 ans associées à des poussées d'urticaire mises sur le compte du mauvais état intestinal. Une injection d'hyposulfite intraveineux faite chaque jour par son médecin n'amène aucun résultat; seule l'adrénaline per os améliore l'état de ce malade; les crises sont moins fortes mais aussi fréquentes.

Le malade est soumis à l'autosérothérapie quotidienne intra dermique, les doses sont successivement 1 goutte, 2 gouttes, 3 gouttes. Au bout du sixième jour les crises s'écourtent et sautent 24 et 48 heures. A la douzième piqure elles cessent presque complètement, il ne reste plus qu'une rougeur sans œdème qui cesse en un quart d'heure.

A la vingtième piqure, cessation complète des poussées.

Le traitement est continué jusqu'à 30 piqures; depuis le malade revu n'a plus présenté aucune manifestation morbide.

OBSERVATION N° 8

Madame R..., 38 ans vient nous trouver parce qu'elle présente depuis 6 mois un prurigo généralisé.

Les recherches étiologiques ne montrent aucune cause parasitaire ni externe, ni interne (hélminthiase), aucun trouble fonctionnel ou organique viscéral. Dans les urines aucune trace de sucre ni d'albumine. On ne découvre pas

de troubles endocriniens nets; mais on note que la malade 4 ans auparavant a été traitée pour des manifestations entérocolitiques récidivantes par crises et qui ont été mises sur le compte d'une sensibilisation avec troubles vago sympathiques; un traitement par autosérothérapie sous cutané avait été institué et guéri la malade.

Forts de ces renseignements, nous entreprenons cette fois une autosérothérapie intra dermique quotidienne. Dès la cinquième piqûre le prurigo se calme, les crises sont plus espacées; on note des rémissions de 2 à 3 jours.

A partir du quinzième jour, disparition complète de tous les symptômes, la malade revue ne se plaint d'aucun trouble nouveau.

ASSOCIATION ET ALTERNANCE AVEC D'AUTRES THERAPEUTIQUES

DENSIBILISATION SPECIFIQUE.

Dans la désensibilisation spécifique qu'il s'agisse d'un antigène médicamenteux (aspirine, antipyrine) ou alimentaire (œufs, lait, pain), on obtient parfois des résultats en faisant prendre au malade une quantité infinitésimale du produit, une heure avant la dose supposée nocive ou bien à prendre journellement des doses d'abord minimales puis progressivement croissantes.

DESENSIBILISATION ASPECIFIQUE.

Peptonothérapie

Nous parlerons tout d'abord de la peptonothérapie. Son emploi a été préconisé par PAGNIEZ et VALLEY RADOT qui l'utilisaient dans le traitement de l'urticaire, dans le prurit, le prurigo; on l'administre quotidiennement de préférence d'une façon discontinue, par cures espacées de quelques jours en cachets de 0 gr. 50 ou même plus simplement sous forme de

bouillon de viande, une heure avant chacun des deux principaux repas. Les injections sous cutanées de peptones sont pratiquées avec une solution à 5/100 répartie en ampoules et stérilisée à 110°. On en injecte 1 à 5 cm³ tous les jours ou tous les deux jours. L'injection intra dermique a été préconisée par VALLERY RADOT avec une solution à 50 pour 100.

ABRAMI obtint la disparition d'une urticaire géante par injection intra veineuse de 10 cm³ d'une solution de peptone à 5 %. SPILLMANN a également observé une guérison d'herpès récidivant par choc, dû à une injection forte, pratiquée par erreur de vaccin antistaphylococcique. Cette méthode brutale, car elle détermine une réaction de choc violent nous paraît devoir être tout à fait exceptionnelle d'autant que son résultat est fort hypothétique.

La protéinothérapie peut être encore réalisée par des injections de lait bouilli à des doses qui peuvent atteindre 20 et 40 cm³ pour WEILL et SPILLMANN, il est d'un usage plus courant d'injecter 2 à 3 cm³ 2 à 3 fois par semaine.

Les protéines des vaccins peuvent agir dans le même sens. C'est à ce titre que l'on peut classer ici les entérovaccins préparés par DANYSZ sur l'hypothèse d'une sensibilisation de l'organisme due à la résorption de toxines de microbes intestinaux au niveau de la muqueuse du tube digestif.

M. FLANDIN a obtenu d'excellents résultats dans la furonculose par l'injection en couronne autour de la lésion de lysats vaccins.

CRISTALLOIDOTHERAPIE

Certaines substances cristalloïdes peuvent être utilisées dans un but antianaphylactique. C'est ainsi que contre le choc novarsénobenzolique, SICARD et PARAF ont eu recours au carbonate de soude et que WIDAL, ABRAMI et JOLTRAIN ont injecté, dans les veines du sérum isotonique de chlorure de sodium.

En ce qui concerne la dermatologie, l'hyposulfite de soude produit de beaucoup le plus employé a été étudié longuement par RAVAUT, dans les dermites artificielles, les érythrodermies, les eczémas aigus, les prurits, l'urticaire, la furonculose. Ce médicament peut être administré par voie buccale ou par voie intra veineuse en solution aqueuse à 20 %. Il se prescrit à des doses variant de 2 à 10 grammes. On commence par 0 gr. 50 ou 1 gramme en augmentant progressivement, soit des séries de 10 à 12 jours consécutifs, soit en répartissant la cure sur plusieurs semaines à raison de 2 à 3 grammes par jour, les 3 premiers jours de la semaine. L'hyposulfite de soude même à hautes doses est généralement bien toléré. En ingestion il peut donner lieu à des éructations désagréables, en injection

il détermine parfois des palpitations ou de la diarrhée.

FEUILLÉ a utilisé le calomel par l'ingestion journalière de 3 cachets de 0,04 pris une demi heure avant le repas attribuant l'effet de ce médicament à son action sur les leucocytes. Nous croyons devoir ranger ici les substances telles que la pilocarpine utilisée contre l'urticaire par LEVY-SOLAL et TZANCK susceptibles de modifier le tonus vago-sympathique. Les travaux de GARRELON, SANTENOISE et TINEL cherchent en effet à expliquer la désensibilisation momentanée qu'entraîne le choc protéinique par une hypovagotonie au cours de laquelle la substance sensibilisante ne peut plus provoquer de choc nouveau. Il semble enfin d'après BILLARD et ARLOING que l'action des eaux minérales (injection intraveineuse isotonique d'eau d'Uriage) puisse être classée dans la cristalloïdothérapie.

APPLICATION PRATIQUE DES METHODES DE DESENSIBILISATION.

Nous avons signalé les dermatoses susceptibles d'être soignées par les méthodes de désensibilisation. Dans quels cas faut-il y recourir et quelles sont les indications de choix du procédé ? Si malaisée que soit une classification de genre, il nous a paru commode d'envisager les cas suivants.

1) *La sensibilisation est certaine.*

On apprend, par exemple, que le malade présente une éruption toutes les fois qu'il ingère un aliment ou un médicament déterminé; c'est d'autre part, un individu en contact permanent ou intermittent avec des substances irritantes pour la peau; fréquences des dermatoses artificielles. Enfin l'antigène d'abord indéterminé, est fixé par l'expérimentation soit, en soumettant le malade à des régimes alimentaires successifs, soit en explorant sa sensibilité cutanée à l'aide d'intra dermo, de cuti réaction ou d'épicutones.

Dans tous ces cas la désensibilisation spécifique s'impose.

2) *La sensibilisation est probable.*

Lorsqu'on ne peut à priori affirmer la sensibilisation, sa recherche méthodique et systématique par cuti réaction est souvent pratiquement impossible si l'on n'a aucune donnée sur l'antigène agresseur. Celui-ci peut d'ailleurs être complexe. Il faut donc se contenter d'une désensibilisation aspécifique.

La peptone, procédé le plus simple sera d'abord employée surtout dans l'urticaire ou la maladie de Quincke. L'autosérothérapie a son indication de choix, dans les prurits, les prurigos, on tentera la cure d'hyposulfite de soude dans certains eczémas.

3) *La sensibilisation est hypothétique.*

C'est le cas de la plupart des eczémas, de la furonculose, de l'herpès, des dermatites bulleuses, d'un certain nombre de prurits, prurigos, urticaires. On pourra encore avoir recours aux différentes méthodes aspécifiques, notamment l'autohémothérapie pour la furonculose, l'autosérothérapie pour l'herpès, le zona, les dermatites bulleuses récidivantes. Mais c'est surtout dans ces cas, que la recherche chez le malade, d'une déficience ou d'une altération du terrain, d'antécédents familiaux suspects, incitera suivant les renseignements fournis à instituer une cure opothérapique ou antispécifique qui pourra d'ailleurs être associée à la protéinothérapie et à la cristalloïdothérapie.

CONCLUSIONS

1°) L'autosérothérapie a d'abord été une thérapeutique destinée à créer dans l'organisme un choc brutal, caractérisé par la « crise hémoclasique de WIDAL » et amenant dans l'organisme les modifications de la formule sanguine et de la pression artérielle.

2°) On l'emploie en injections intra veineuses ou par voie sous cutanée à haute dose.

3°) L'autosérothérapie désensibilisatrice proposée par MM. ACHARD et FLANDIN s'oppose à l'empirisme de cette méthode et découle d'une toute autre théorie.

4°) La présence de substances autotoxiques dans le sérum de sujets atteints d'urticaire ou d'eczémas a pu être démontré. La désensibilisation s'opère d'une façon analogue à la méthode de BESREDKA dans la maladie sérique.

5°) La voie intra dermique et les injections « loco dolenti » donnent d'excellents résultats.

6°) Les indications majeures de l'autosérothérapie

désensibilisatrice se voient surtout dans les affections dues à une sensibilisation : urticaire, œdème de Quincke, dermites artificielles, certains eczémas et les prurits par intolérance.

7°) Les incidents et accidents sont pour ainsi dire inexistants, et la simplicité et l'innocuité de la méthode devraient permettre la généralisation de son emploi.

8°) Dans le cas où la sensibilisation est hypothétique ou non démontrée son alternance ou son association avec d'autres thérapeutiques, cristalloïdothérapie, vaccinothérapie, peptonothérapie a donné d'excellents résultats.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
GOUGEROT

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ACHARD. — Les propriétés crytotoxiques du sérum sanguin. (*Semaine Médicale*, 14 mai 1913).
- 2) ACHARD et FLANDIN. — Diagnostic de l'anaphylaxie humaine par l'épreuve de l'anaphylaxie passive provoquée chez le cobaye. (*C. R. de la Société de Biologie*, 1912).
- 3) ACHARD et FLANDIN. — Traitement de l'urticaire à répétition et de la maladie de Quincke par l'autosérothérapie désensibilisatrice. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 mai 1920).
- 4) ARLOING et LANGERON. — Anti anaphylaxie par désensibilisation vraie et skeptophylaxie. (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 19 décembre 1922).
- 5) ARTHUS. — De l'anaphylaxie à l'immunité. Paris, éd. 1921.
- 6) BESREDKA. — Anaphylaxie et anti anaphylaxie. Paris, éd. 1917.
- 7) BROcq. — Les méthodes nouvelles de traitement des affections cutanées. (*Bulletin Médical*, janvier 1924).

- 8) BUSQUET. — L'autosérothérapie dans le traitement des dermatoses, et en particulier du psoriasis. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 juillet 1930).
- 9) CASTAIGNE et PAILLARD. — L'autohémothérapie dans les affections cutanées. (*Journal médical français*, 1913).
- 10) CHEINISSE. — L'autosérothérapie et l'autohémothérapie dans les dermatoses. (*Presse Médicale*, 20 avril 1921).
- 11) DANYSZ. — Traitement de quelques dermatoses par la bactériothérapie. (*Académie des sciences*, 26 mars 1917).
- 12) DARIER. — *Précis de Dermatologie*.
- 13) DARIER et FLANDIN. — La prédisposition dans les dermatoses. (*Bulletin Médical*, janvier 1923).
- 14) DESBUCQUOIS. — Les modifications du sang au cours des états de choc. (*Thèse Paris*, 1931).
- 15) DRACOUILDES. — Autohémothérapie en dermatologie. (*Monde Médical*, 1925).
- 16) DROUET et VERNIER. — Zone ophtalmique et autohémothérapie. (*Réunion Dermatologique de Nancy*, 12 mai 1923).
- 17) FAUVET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie et particulièrement dans la furonculose. (*Thèse Paris* 1922).
- 18) FEUILLE. — Essai d'interprétation de l'action désensibilisante générale de quelques médications multivalentes non spécifiques. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 28 juillet 1922).

- 19) FLANDIN. — Les traitements de l'urticaire. (*L'Hôpital*, juin 1921).
- 20) FLANDIN et TZANCK. — L'auto plasmothérapie. (*Bulletin Médical*, septembre 1921).
- 21) FLANDIN et ACHARD. — Autosérothérapie par voie sous cutanée dans deux cas de rhume des foins. (*Société Médicale des Hôpitaux*, juin 1914).
- 22) FOUQUET. — L'autosérothérapie dans les affections cutanée. (*Presse Médicale*, 1914).
- 23) GOUGEROT et BLAMOUTIER. — Intolérance anaphylactique aux applications médicamenteuses externes — Huile de cade — Désensibilisation. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, Paris, 5 mai 1922).
- 24) HAGNENAU. — L'antianaphylaxie en clinique. (*Bulletin Médical*, 1922, n° 40).
- 25) HUDELOT et RABUT. — Le traitement des dermatoses par les méthodes de densibilisation. (*Journal de Médecine et Chirurgie Pratique*, 10 avril 1926).
- 26) LOUSTE, THIBAUD et BARBIER. — L'autohémothérapie dans les dermatoses. (*Journal Médical Français*, novembre 1923).
- 27) LUMIERE. — Colloïdoclasie et floculation. (*Lyon éd.* 1924).
- 28) LUMIERE. — Le problème de l'anaphylaxie. (*Paris*, éd. 1924).
- 29) LYON. — Auto et hétérohémothérapie et auto et hétérosérothérapie. (*Bulletin Médical*, 14 avril 1923).
- 30) MOUTIER et RACHET. — Syndrome hémoclasique et

autosérothérapie. (*C. R. de la Société de Biologie*, Paris, 9 juin 1923).

- 31) NICOLAS, GATE et DUPASQUIER. — Deux cas de prurigo rebelle guéris par l'autohémothérapie. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, tome II, Paris 1921).
- 32) NICOLAS, GATE et DUPASQUIER. — Considérations sur l'autohémothérapie en dermatologie. (*Premier Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française*, Masson 1923).
- 33) NOLF. (— Bactériothérapie et protéinothérapie (*Presse Médicale*, 1917).
- 34) PAILLARD. — Travaux récents sur l'autohémothérapie. (*Journal Médical français*, octobre 1923).
- 35) PARISOT et SIMONIN. — Deux cas de zona traités par l'autohémothérapie. (*Réunion dermatologique de Nancy*, 12 mai 1923).
- 36) RAVAUT. — Essai sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, Paris mai 1913).
- 37) RAVAUT et RABEAU. — Dermite érysipélateuse de la joue récidivante. Désensibilisation progressive et disparition des accidents sous l'influence de l'hyposulfite de soude. (*Bulletin Médical*, Paris décembre 1920).
- 38) RAVAUT. — Traitement de l'herpès récidivant. (*Presse Médicale*, 1922).
- 39) RAVAUT. — La sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées. (*Congrès de Strasbourg* 1923).

- 40) RICHET. — L'ANAPHYLAXIE (*Paris éd.* 1923).
- 41) RUBY. — Essai d'autohémothérapie dans les dermatoses. (*Thèse de Lyon*, 1922).
- 42) SCHULMANN. — L'autohémothérapie en dermatologie. (*Presse Médicale*, 22 mars 1924).
- 43) SPILLMANN et WATRIN. — Traitement de la dermite exfoliatrice par l'autohémothérapie. (*Revue Médicale de l'Est*, 1914).
- 44) TZANCK. — Essai de désensibilisation de certains eczémas professionnels. (*C. R. de la Société de Biologie*, 4 juin 1921).
- 45) TZANCK. — Autosérothérapie désensibilisatrice de l'herpès récidivant. (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*. Paris, 8 décembre 1921).
- 46) WIDAL-ABRAMI et BRISSAUD. — L'autoanaphylaxie. (*Semaine Médicale*, décembre 1913).
- 47) WIDAL-ABRAMI, BRISSAUD et JOLTRAIN. — Réaction d'ordre anaphylactique dans l'urticaire. (*Société Médicale des Hôpitaux*, février 1914).
- 48) WIDAL et ABRAMI. — L'antianaphylaxie. (*Rapport au 15^e Congrès français de médecine*, décembre 1920).
- 49) WIDAL, BRISSAUD et ABRAMI. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique. (*Presse Médicale*, 5 mars 1921).
- 50) WEILL. — Intolérance du nourrisson pour le lait, traitée par des injections de lait. (*Presse Médicale*, octobre 1919).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
